

А.В. Дукельская // Биоиндикация в мониторинге пресноводных экосистем 11 : сб. материалов международного конф. – СПб. : Любавич, 2011. – С. 31-35.

## БЕСПЛОДИЕ: ПРОБЛЕМЫ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Лысенко О.В., Рождественская Т.А., Прусакова О.И.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Бесплодный брак остается актуальной проблемой современной медицины.

Распространенность бесплодия колеблется от 3,5% до 16,7% в развитых странах и от 6,9% до 9,3% – в развивающихся странах. Причем доля бесплодных пар, фактически получающих специализированную помощь, составляет 22,4% [1].

К сожалению, 93% пациентов используют интернет, чтобы найти информацию о бесплодии, из них 46% основным источником информации считают интернет-форумы, а не медицинские порталы. Интернет влияет на отношения пациента с врачом, 64% женщин проверяют в интернете полученную медицинскую информацию и лечение, предложенное врачом, перед его использованием [2].

Как известно, большинство беременностей (80%) происходит в течение первых шести менструальных циклов без предохранения. После этого срока субфертильность следует предполагать у каждой второй пары (10% случаев), а после 12 неудачных циклов бесплодными являются 55% пар в течение следующих 36 месяцев. После этого (48 месяцев) примерно лишь 5% пар имеют шанс спонтанно забеременеть в будущем.

При имеющихся обстоятельствах весьма актуальным является своевременное выявление пар с бесплодием, чтобы избежать затягивания времени обследования и лечения независимо от возраста. Парам с достаточно хорошим прогнозом (например, бесплодие неясного генеза) может быть рекомендована выжидательная тактика, так как даже при лечении они не имеют больше шансов на зачатие. Остальные могут иметь благоприятный репродуктивный прогноз только в случае раннего обращения к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ) [3].

**Цель.** Выявить недостатки оказания помощи пациентам с бесплодием в общемедицинской сети.

**Материал и методы.** Произведен ретроспективный анализ 75 амбулаторных карт пациентов, обратившихся в специализированный центр, оказывающий помощь пациентам с бесплодием. Особое внимание обращалось на длительность бесплодия, а также на обследование и лечение, пройденное пациентами в общемедицинской сети.

В работе использованы общепринятые статистические методы.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $39,2 \pm 4,1$  лет. Как видно, в специализированный центр вспомогательных репродуктивных технологий обращаются женщины позднего репродуктивного возраста, что снижает результативность используемых вспомогательных репродуктивных технологий.

Длительность бесплодия варьировала от 3 до 20 лет.

Обращает на себя внимание, что на этапе женской консультации необоснованно затягивались обследование и лечение, при этом не был полностью произведен перечень необходимого обследования (чаще всего это касалось исключения мужского и трубного факторов бесплодия). Ряд пациенток необоснованно долго задерживался на этапе хирургического лечения, причем последнее в некоторых случаях противоречило «репродуктологическим подходам» и приводило к значительному снижению овариального резерва.

**Выводы.** Для улучшения качества оказания специализированной помощи пациентам с бесплодием необходимо обеспечить тесную взаимосвязь учреждений здравоохранения общей сети; не затягивать процесс обследования и лечения, что приводит в последующем к снижению резуль-

тативности применения вспомогательных репродуктивных технологий; своевременно направлять пациентов с бесплодием в центры, специализирующиеся на оказании помощи бесплодным парам.

#### **Литература:**

1. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care / J. Boivin [et al.] // Hum Reprod. – 2007. – Vol. 22, № 6. – P. 1506–12. doi: 10.1093/humrep/dem046.
2. Internet as a source of information about infertility among infertile patients / J. Talarczyk [et al.] // Ginekol Pol. – 2012. – Vol. 83, № 4. – P. 250 – 254.
3. Definition and prevalence of subfertility and infertility / C. Gnoth [et al.] // Hum Reprod. – 2005. – Vol. 20, № 5. – P. 1144–47. doi: 10.1093/humrep/deh870.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

***Матющенко О.В., Лысенко И.М., Асирян Е.Г., Мацук О.Н.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Актуальность.** Диабетический кетоацидоз (ДКА) – это острая диабетическая декомпенсация обмена веществ, требующая экстренной госпитализации, проявляющаяся резким повышением уровня глюкозы и кетоновых тел в крови, появлением кетоновых тел в моче и метаболическим ацидозом с различной степенью нарушения сознания (вплоть до комы или без нее) [1].

ДКА представляет собой одно из самых тяжелых острых осложнений сахарного диабета (СД) и занимает первое место по распространенности среди острых осложнений эндокринных заболеваний. Смертность при ДКА по российским данным составляет 5-14%, по европейским данным – 0,6 – 3,3%, по данным национальных исследований США и Канады – 0,15- 0,30% [1, 2, 3].

Основные патологические нарушения (дегидратация, метаболический ацидоз, гипоксия, электролитные нарушения и т.д.), имеющие место у детей с ДКА, могут в комплексе приводить к развитию церебральной недостаточности различной степени тяжести, вплоть до комы. Именно от степени выраженности данных патологических изменений в организме зависит тяжесть состояния пациента [4].

Следовательно, ранняя диагностика гипергликемических состояний у детей, а также выявление клинических признаков ДКА имеют огромное значение для оказания своевременной результативной терапии данных патологических состояний.

**Цель работы** – определить и конкретизировать результаты основных клинко-лабораторных изменений при ДКА у детей.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней 31 пациента с ДКА, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии УЗ «ВОДКЦ» в период с 2009 по 2013 гг.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft Office Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 6,0. Данные описательной статистики представляли в виде  $M \pm \Delta m$ , где  $M$  – среднее значение признака, а  $\Delta m$  – границы доверительного интервала. Для сравнения абсолютных и относительных частот бинарных признаков в группах и оценки достоверности различий использовали двусторонний точный критерий Фишера. Различия групп расценивались как статистически значимые при значении вероятности  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст детей с ДКА составил  $8,2 \pm 1,8$  года. Среди обследованных пациентов было 15 девочек (средний возраст  $7,8 \pm 2,7$  года) и 16 мальчиков ( $8,6 \pm 2,9$  года).

Все дети с ДКА обследованы клинически и лабораторно. В ходе нашей работы особый интерес представляли следующие лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови с определением уровня глюкозы, электролитов, показатели кислотно-щелочного состояния (КЩС).